保 誠 人 壽

保誠人壽保險股份有限公司

英文投保證明申請書

保單號碼 （請填寫同一被保險人之保單）

1. 12345678　　4. _____
2. 34567812　　5. _____
3. _____　　6. _____

要保人姓名　黃小芬	英文姓名（需與護照上相同）HUANG　HSIAO FEN
主被保險人姓名　黃小芬	英文姓名（需與護照上相同）HUANG　HSIAO FEN

申請用途說明：（請註明國家名稱）　美國遊學

領取方式：

☐ 由_____業務單位_____先生/小姐領取後轉交

☑ 郵寄：110 台北市信義區松智路1號

☐ 電子郵件帳號 _____

備註：

☑ 1 份英文投保證明

☐ 檢附海外急難救助服務項目

要保人/被保險人已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」確實瞭解該告知內容及辦理保單契約內容變更時，要保人/被保險人之相關權益與應注意事項及對本人保障之影響。

申 請 人：黃小分(簽章)

聯絡電話：0999xxxxxx

申請日期：中華民國　113　年　12　月　11　日

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

保誠人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：

(一) 〇〇一 人身保險 (二) 〇四〇 行銷 (三) 〇五九 金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用 (四) 〇六九 契約、類似契約或其他法律關係事務 (五) 〇九〇 消費者、客戶管理與服務 (六) 一三六 資(通)訊與資料庫管理 (七) 一五七 調查、統計與研究分析 (八) 一八一 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別：

姓名、身分證統一編號、出生年月日、住家電話、行動電話、住所通訊地址、戶籍地址、e-mail、年齡、性別、國籍、財務資料、病歷、醫療、健康檢查及其他依執行業務所需蒐集之個人資料。

三、個人資料之來源

(一)要保人
(二)當事人之法定代理人、輔助人
(三)各醫療院所
(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：

(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
(二)對象：本(分)公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司合作推廣 台端保險契約之保險代理人或保險經紀人、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。
(三)地區：上述對象所在之地區。
(四)方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有　台端之個人資料得行使之權利及方式：

(一)得向本公司行使之權利：
1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
2.向本公司請求補充或更正。
3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
(二)行使權利之方式：相關申請表單可洽客服專線 0809-0809-68 或海外諮詢專線 +886-2-8786-9955 按 1，並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供　台端相關服務或給付。

1. **申請人限制：僅接受保單要保人、被保險人申請。**
2. **以上資料請以正楷填寫清楚，受理後約需 3 個工作天完成。**
3. **如需多份英文證明或海外急難救助服務項目之英文證明者，請於備註欄註明。**
4. **請就近向服務單位提出申請，服務單位傳真、聯絡電話與服務窗口詳下表**

單位	傳真	聯絡電話與服務窗口
保單服務部	(02) 2723-5297	(02) 8786-9955　分機 1201～1203
	(04) 2452-3752	(04) 2451-8777　分機 2034

（2024 年 12 月版）